**TRIBUNAL DE DISCIPLINE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L’ONTARIO**

**DEMANDE DE RENVOI D’UNE DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR**

**Renseignements au sujet du requérant :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du requérant : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ville : | \_\_\_\_ | Province : | \_\_\_\_\_ | Code postal : | \_\_\_\_ |
| Numéro de téléphone : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Adresse de courriel : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| No de l’OMCO : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

**Renseignements au sujet du représentant (le cas échéant) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du représentant du requérant : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cabinet : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ville : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Province : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Code postal : | \_\_\_\_\_\_ |
| Numéro de téléphone : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Adresse de courriel : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Matricule du Barreau de l’Ontario : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

**Procédures disciplinaires en cause :**

Le certificat d’inscription a été [ ] révoqué **|** [ ]  suspendu par le TDMCO ou par son prédécesseur le comité de discipline le :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date |  | No de dossier du Tribunal |

**Remarque : cette demande doit être présentée au moins cinq ans après la date de révocation du certificat d’inscription si la révocation avait pour cause de mauvais traitements d’ordre sexuel, au moins un an après la date de révocation ou de suspension du certificat d’inscription pour toute autre cause, et au moins six mois après la prise d’une décision à l’égard de la dernière demande de remise en vigueur du certificat d’inscription.**

|  | **Questions à réponse obligatoire** | **Oui** | **Non** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Avez-vous déjà reçu une sanction disciplinaire d’un autre organisme de délivrance de permis d’exercice que l’Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario, sans que vous ayez informé l’Ordre des faits pertinents? |[ ] [ ]
| 2. | Est-ce qu’un autre organisme de délivrance de permis d’exercice que l’Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario a intenté contre vous des procédures disciplinaires actuellement en attente, sans que vous ayez informé l’Ordre des faits pertinents? |[ ] [ ]
| 3. | Face à la perspective de procédures disciplinaires, avez-vous conclu une entente avec un autre organisme de délivrance de permis d’exercice que l’Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario, pris un engagement envers un tel organisme ou fait une promesse à un tel organisme, sans que vous ayez informé l’Ordre des faits pertinents? |[ ] [ ]
| 4. | Depuis le 1eravril 2009, avez-vous été accusé ou reconnu coupable d’une infraction, au Canada ou ailleurs?(Le terme « infraction » désigne ici l’ensemble des infractions du *Code criminel* du Canada, de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, de la *Loi sur les aliments et drogues*, de la *Loi sur l’assurance-santé* ou de toute autre loi connexe d’une autre province ou d’un autre ressort territorial; de plus, le terme comprend toute autre infraction liée à l’exercice de la médecine). |[ ] [ ]
| 5. | Depuis le 1er avril 2009, est-ce qu’une cour vous a déclaré responsable à l’issue d’une poursuite à laquelle était partie un patient (ou une personne représentant un patient)? |[ ] [ ]
| 6. | Depuis le 1eravril 2009, avez-vous conclu un règlement portant sur une poursuite à laquelle était partie un patient (ou une personne représentant un patient)? |[ ] [ ]
| 7. | Avez-vous une dépendance ou un problème de toxicomanie (ce qui comprend l’alcool) qui a été diagnostiqué depuis le 1eravril 2009, qui est susceptible de nuire à votre capacité à pratiquer la médecine et pour lequel vous ne participez pas actuellement au Physician Health Program [programme pour la santé des médecins] de l’association médicale ontarienne? |[ ] [ ]
| 8. | a. | Êtes-vous atteint d’une maladie transmissible ou êtes-vous porteur (asymptomatique ou autrement) d’une maladie transmissible autre que l’hépatite B, l’hépatite C ou le VIH? |[ ] [ ]
|  | b. | Si votre certificat d’inscription à l’Ordre est remis en vigueur, allez-vous :  |  |  |
|  |  | i. | réaliser ou potentiellement avoir à réaliser (p. ex., à titre de médecin urgentiste), ou alors assister à la réalisation, d’interventions propices aux expositions, comme le définit la politique sur les virus transmissibles par le sang de l’Ordre (la politique se trouve sur le site Web de l’Ordre [en anglais seulement])?*(Si la réponse est OUI, répondez aux questions 8c à 8f; si la réponse est NON, sautez les questions 8c à 8h)**OU* |[ ] [ ]
|  |  | ii | réaliser ou assister à la réalisation d’interventions pouvant devenir propices aux expositions (p. ex., une laparoscopie susceptible de devenir une intervention ouverte)? *(Si la réponse est OUI, répondez aux questions 8c à 8f; si la réponse est NON, sautez les questions 8c à 8h)* |[ ] [ ]
|  | c. | Avez-vous subi un test sanguin pour le dépistage de l’hépatite C ou du VIH au cours des 12 derniers mois? |[ ] [ ]
|  | d. | Êtes-vous infecté par le virus de l’hépatite C ou le VIH, ou avez-vous subi un test sanguin positif relativement à ces infections? |[ ] [ ]
|  | e. | Avez-vous reçu un vaccin contre le virus de l’hépatite B? |[ ] [ ]
|  | f. | Est-ce que des tests post-vaccination ont confirmé votre immunisation contre le virus de l’hépatite B?*(Si la réponse est NON, répondre aux questions 8g et 8h)* |[ ] [ ]
|  | g. | Avez-vous subi un test sanguin pour le dépistage du virus de l’hépatite B dans les 12 derniers mois?À noter : si la réponse est Non, l’Ordre fera auprès de vous un suivi concernant les exigences relatives à un tel test. |[ ] [ ]
|  | h. | Êtes-vous infecté par le virus de l’hépatite B ou avez-vous reçu un résultat positif à la suite d’un test sanguin de dépistage du virus de l’hépatite B?(Si le test a détecté seulement des anticorps anti-HBs, répondez NON). |[ ] [ ]
| 9. | Je suis inscrit au ou aux programmes de formation professionnelle continue d’une ou plusieurs des associations suivantes et je respecte les exigences qui s’y rattachent : |  |  |
|  | i. | Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada |[ ] [ ]
|  | ii. | Collège des médecins de famille du Canada |[ ] [ ]
|  | iii. | Association canadienne de psychothérapie médicale |[ ] [ ]

Je demande à l’Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario qu’un nouveau certificat d’inscription me soit émis ou que la suspension de mon certificat d’inscription soit levée.

Je déclare que les réponses données aux présentes sont exactes et exhaustives.

J’ai joint au présent formulaire un reçu constatant le paiement des frais de demande exigés en vertu du paragraphe 1(c) du règlement administratif By-Law 2: Fees and Remuneration.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Signature  |  | Date |

**Le présent formulaire doit être signifié au service des affaires juridiques de l’Ordre par courriel au** **mgiokas@cpso.on.ca** **et déposé au TDMCO par courriel au** **tribunal@opsdt.ca****.**